



FORMULARIO COMPLEMENTARIO DE SOLICITUD DE VISA DE NO INMIGRANTE

**FOR FAVOR ESCRIBA SUS RESPUESTAS A MÁQUINA O CON LETRA DE IMPRENTA EN LOS ESPACIOS EN BLANCO DEBAJO DE CADA PUNTO
POR FAVOR AGREGAR UNA HOJA ADICIONAL SI NECESITA MAS ESPACIO PARA CONTINUAR SUS RESPUESTAS**

1. APELLIDO(S) <i>(Todos los usados)</i>	2. NOMBRE(S) <i>(Todos los usados)</i>	3. NOMBRE COMPLETO <i>(En su alfabeto original)</i>
4. NOMBRE DEL CLAN O TRIBU <i>(Si es aplicable)</i>	5. NOMBRE COMPLETO DEL CONYUGE <i>(Si es casado/a)</i>	
6. NOMBRE COMPLETO DEL PADRE	7. NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE	
8. NOMBRE COMPLETO Y DIRECCION DE UN CONTACTO U ORGANIZACION EN LOS ESTADOS UNIDOS <i>(Incluya el número del teléfono)</i>		
9. LISTE TODOS LOS PAISES QUE HA ENTRADO EN LOS ULTIMOS DIEZ AÑOS <i>(Dar fecha de cada visita)</i>	10. LISTE TODOS LOS PAISES EN LOS QUE LE HAYAN EMITIDO UN PASAPORTE	11. ALGUNA VEZ HA PERDIDO SU PASAPORTE O SE LO HAN ROBADO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
12. EXCLUYENDO SU EMPLEADOR ACTUAL, LISTE SUS DOS EMPLEADORES ANTERIORES		
<u>Nombre</u>	<u>Dirección</u>	<u>No. de Teléfono</u>
<u>Cargo del Trabajo</u>	<u>Nombre del Supervisor</u>	<u>Fecha de Empleo</u>
13. LISTE TODAS LAS ORGANIZACIONES PROFESIONALES, SOCIALES Y DE CARIDAD A LAS QUE PERTENEZCA (HAYA PERTENECIDO) , CONTRIBUYE (HAYA CONTRIBUIDO) O CON LA QUE UD, TRABAJE (HAYA TRABAJADO)	14. TIENE UD. ALGUNA HABILIDAD ESPECIAL O ENTRENAMIENTO INCLUYENDO, ENTRE OTROS, EN ARMAS, EXPLOSIVOS, O ALGUNA EXPERIENCIA EN ARMAS NUCLEARES, BIOLOGICAS O QUIMICAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es afirmativa, por favor, explicar	
15. PARTICIPO ALGUNA VEZ EN EL SERVICIO MILITAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es afirmativa, dar el nombre del país, rama de servicio, posición/rango, especialidad militar y fechas de servicio		
16. ESTUVO ALGUNA VEZ EN UN CONFLICTO ARMADO, YA SEA PARTICIPANDO O COMO VICTIMA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, por favor explicar		
17. LISTE TODAS LAS INSTITUCIONES EDUCACIONALES A LAS QUE HAYA ASISTIDO O ASISTA. INCLUYA INSTITUCIONES VOCACIONALES PERO NO EDUCACION PRIMARIA.		
<u>Nombre de la Institución</u>	<u>Dirección y Teléfono.</u>	<u>Curso de Estudio</u>
		<u>Fecha de Asistencia</u>
18. HA HECHO UD. PLANES ESPECIFICOS PARA EL VIAJE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, por favor provea su itinerario completo, incluyendo fechas de llegada y salida, información del vuelo, lugar específico a visitar, y punto de contacto en cada lugar.		

Comunicados Relativos a la Ley de Privacidad y la Ley de Reducción del Papeleo

*Se estima que el tiempo necesario para llenar este formulario es de una hora por formulario, cálculo que incluye el tiempo requerido para la búsqueda de fuentes de datos existentes, la presentación de los datos exigidos, y la revisión final de la información del formulario. Usted no está obligado a entregar la información a menos que figure en este formulario un número actualizado de la OMB. Envíe comentarios sobre la exactitud de éste cálculo de tiempo, así como recomendaciones para reducir el tiempo necesario a: U.S. Department of State, A/RPS/DIR, Washington, DC 20520.